



720 Alhambra Blvd.
Sacramento, CA 95816
Phone: (916) 492-9007
MiddleWayHealth.com

Cuestionario de Admisión

Nombre(s) _____ Fecha _____

Nombres de Dependientes/Menores (en tratamiento) _____ Edad _____

_____ Edad _____ Edad _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Codigo Postal _____

Numero de residencia _____ Numero de trabajo _____ Fax _____

Correo Electrónico _____ Numero Celular _____

Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social # _____ - _____ - _____ Estado Civil _____

Educación: Preparatoria Escuela Vocacional Colegio Titulo Posgrado

Entrenamiento/Tecnica _____

Empleador _____ Titulo _____

Contacto de emergencia _____ Numero de Teléfono _____

¿Le gustaría ser contactada/o con información sobre grupos, clases, o talleres? Si ___ No ___

Forma de pago:

¿Como gustaría pagar por su tratamiento? Efectivo Cheque Tarjeta de Crédito EAP Aseguranza

Proveedor EAP _____ #Autorización _____

Si esta usando su aseguranza medica:

Nombre de Compañía de Aseguranza _____ # Poliza _____

#Grupo _____ #Teléfono _____

#Subscribidor _____ (de tarjeta) #Autorización _____

Áreas de Preocupación:

¿Describa los temas o preocupaciones que iniciaron su búsqueda para conserjería?

¿Cuales son sus metas especificas para su conserjería? _____



720 Alhambra Blvd.
Sacramento, CA 95816
Phone: (916) 492-9007
MiddleWayHealth.com

Información para el Cliente y Declaración sobre las Pólizas de la Oficina: Consentimiento Informado

Cliente Nuevo: ¡Bienvenida/o!

Gracias por escogernos como su terapeuta. Esta es nuestra oportunidad para comunicarle información sobre la psicoterapia, confidencialidad, y reglas de la oficina. Si tiene preguntas, por favor háganos saber.

I. Objetivos y Metas:

Nuestra meta principal es ayudarle identificar y enfrentar a sus problemas y conflictos internos para lograr mas satisfacción en sus relaciones personales. El intento es

1. Aumentar su conciencia sobre sus obstáculos y fortalezas.
2. Tomar responsabilidad para hacer cambios necesarios para lograr sus metas.
3. Identificar metas específicas para su psicoterapia.
4. Utilizar todos los recursos médicos, comunitarios, y autoayuda.

II. Citas:

Citas duran de 45-50 minutos. Es importante hacer sus citas 2-3 semanas por adelantado, si es posible. En general, clientes tienen citas cada semana, o con mas frecuencia cuando usted y su terapeuta estén de acuerdo.

III. Clínica Abierta:

La Clínica Abierta es una manera para que los nuevos clientes, o clientes participantes, puedan juntarse con un terapeuta sin una cita. El terapeuta encargado se juntara con los clientes en el orden en que los clientes llegaron y se apuntaron durante las horas de la Clínica Abierta. Aunque el terapeuta encargado hará todo lo posible para juntarse con todos los clientes que se han apuntado durante el horario de la Clínica Abierta, pero no hay garantía que todos van a ser atendidos durante cada Clínica Abierta.

IV. Emergencia:

En un evento de emergencia, se puede comunicar conmigo por mensaje las 24 horas al 916-492-9007. Si no se puede comunicar con su psiquiatra, terapeuta, o medico de atención principal, llame al 911 o vaya al departamento de emergencia mas cercano. También puede llamar al línea directa de crisis 916-368-3111.

V. Confidencialidad:

Temas discutidos en la terapia son importantes, y en general, legalmente protegidas como información confidencial y "privilegiadas." Pero, hay limites a su privilegio de confidencialidad. Estas situaciones incluyen cuando:

1. Sospecho de abuso o negligencia de niños, ancianos, o personas discapacitadas.
2. Pienso que esta en peligro de hacerle daño a usted mismo o otra persona, o si esta incapaz de cuidarse.
3. Si reporta intento de hacerle daño físico a alguien, la ley indica que tenemos que reportarlo a la persona en peligro, y también a las autoridades legales.
4. Si recibo ordenes de la corte para comunicar información como parte de un proceso legal.
5. Cuando su aseguranza esta involucrada, por ejemplo: clasificando su petición, auditoria de aseguranza, revise de caso.
6. Estemos en desastres naturales, en el caso que los archivos estén expuestos.
7. Si es requerido por el Acto Patriota.
8. Por el uso de supervisión y consulta con otro profesional de salud mental.
9. Cuando es requerido por la ley.

Es posible que le podríamos pedir que firme una autorización para poder comunicarnos con otros profesionales de cuidado de salud o miembros de su familia.



720 Alhambra Blvd.
Sacramento, CA 95816
Phone: (916) 492-9007
MiddleWayHealth.com

VI. Mantenimiento de Archivos:

Un archivo clínico se mantiene describiendo sus metas de conserjería y progreso, fechas de pagos y sesiones, y notas describiendo cada sesión de terapia. Su archivo no será compartido sin su autorización, solo en situaciones explicadas en la sección de confidencialidad, la sección de arriba. Archivos se mantienen en nuestro sitio con seguridad.

VII. Pagos:

Pago son recibidos antes del servicio. Pagos pueden ser renegociados entre cliente y terapeuta. Servicios legales que toman tiempo hablando con abogados, escribiendo reportes o requiere nuestra presencia en la corte serán cobrados por hora, a precio doble.

VIII. Forma de pago:

Pagos, incluyendo co-pagos, donde aplicable, son recibidos al inicio de la sesión, a menos que haya otros arreglos. Pagos son aceptados en forma de efectivo, cheque, o crédito por la sistema paypal.

Si soy proveedor dentro de la red, entregare una petición a su aseguranza, pero usted es responsable por deducibles, co-aseguranzas, y copagos. Si su aseguranza rechaza la petición, y hemos empezado su tratamiento, usted es responsable por el pago.

Si soy proveedor fuera de la red, usted tendrá que pagar el precio total de la sesión, y yo le entregaré un estado de cuenta cada mes, que puede usar para recibir reembolso por su aseguranza, en el caso que sus beneficios cubren proveedores fuera de la red.

Es su responsabilidad conocer y entender los beneficios de su aseguranza y llamar su compañía de aseguranza para recibir autorización para su sesiones para que esa información sea mandada a nuestra oficina. También se puede entregar por un reembolso si estamos fuera de la red de proveedores.

IX. Consultas por Teléfono:

A veces, teniendo una cita en persona no es posible todo el tiempo. Por lo cual, con mas tiempo y aviso, podemos facilitar una sesión de conserjería con usted por teléfono. El precio seria igual a una cita en la oficina. No siempre seria necesario toda una hora por teléfono. Puede también tener su consulta por teléfono prorrateado por el tiempo que si pasamos por teléfono, basado por su precio regular de una hora.

X. Cancelaciones y cita perdidas:

Será cobrado por cada sesión que cancele con menos de 48 hora de aviso. Puede dejar un mensaje con nosotros, 24 horas al día. Será cobrado precio total, no solo el copago. Compañías de seguro medico, generalmente no dan reembolsos por citas perdidas. Solo le esperare por 15 minutos de la hora que tenemos que empezar si esta tarde.

XI. Quejas:

Tiene el derecho de someter una queja, que esta queja sea escuchada y que una resolución sea solucionada en buen tiempo. Si tiene una queja sobre su tratamiento, favor de informarme inmediatamente para discutir la situación.

XII. Acuerdo de Tratamiento:

Es importante desarrollar un plan de tratamiento para que el cliente y el terapeuta estén de acuerdo en el trabajo que se va llevar por la conserjería. Normalmente, las primeras tres sesiones son entendidas como sesiones de evaluación, en donde el cliente y el terapeuta deciden como van a trabajar juntos. Tenemos que decidir que es el tema o el diagnostico que vamos a tratar, y que tipos de intervenciones o tratamientos será lo mejor para usted. Una referencia a un grupo de apoyo o programa de tratamiento podría ser recomendado o requerido. Por ejemplo, una referencia a un grupo de recuperación de abuso de drogas, un grupo de apoyo para el duelo, o crianza de niños, podrá ser necesario para su tratamiento.



720 Alhambra Blvd.
Sacramento, CA 95816
Phone: (916) 492-9007
MiddleWayHealth.com

A veces le vamos a pedir que cumple con tarea, fuera de la hora de la terapia. Esto podría incluir escribiendo en su diario, lista de pensamientos y conducta, practicando técnicas para reducir estrés, practicando comunicación asertiva, o atender varios grupos de apoyo. Esta tarea son aspectos imperativos para su tratamiento, y fallar en este proceso puede impedir nuestra habilidad de ayudarlo. Luego tendremos que reevaluar su tratamiento y decidir si todavía le puedo ayudar. Esperamos que tome una parte activa en su terapia, que incluye realimentación con su terapeuta o consejero sobre su progreso.

XIII. Psicoterapia con Stephen Bryant Walker, MA, LMFT:

Stephen B. Walker, M.A., LMFT tiene su licencia de terapia para Familia y Matrimonio, licencia MFC36712, ofrece psicoterapia utilizando enfoques cualificadas para mejorar relaciones.

XIV. Psicoterapia con Jesus S. Sanchez, MA, MFTI:

Jesus S. Sanchez, MFTI, Terapeuta Internado de Familia y Matrimonio, registrado con la mesa de Ciencias de Conducta de California, IM787855. Como MFTI, Sr. Sanchez ofrece psicoterapia como empleado de Middle Way Health bajo la supervisión de Stephen B. Walker, LMFT, licencia MFC36712. Sr. Sanchez solo comparte sus casos con Sr. Walker para supervisión y consulta.

XV. Consentimiento para Conserjería:

Cuando aplicable y con las firmas de abajo, autorizo pagos de mis beneficios médicos por mi compañía de aseguranza al terapeuta por sesiones de conserjería. Autorizo la comunicación de cualquier información y información medica, necesario para procesar peticiones de mi proveedor de su seguro medico. También pido por pagos de beneficios del gobierno hechos a mi, o el profesional que ha firmado aquí abajo.

Yo acepto, entiendo y obedeceré lo contenido y los términos de este acuerdo, y además, concedo a participar en evaluación y/o conserjería.

Nombre de cliente: _____

Firma de cliente: _____ Fecha: _____

Firma del Terapeuta: _____ Reg./Lic. # _____ Fecha: _____



720 Alhambra Blvd.
Sacramento, CA 95816
Phone: (916) 492-9007
MiddleWayHealth.com

Notificación de Practica Privada y Recibo de Reconocimiento

La Notificación de Practica Privada ofrece información sobre como usamos y compartamos su información de salud.

Yo reconozco que he recibido una copia de la 'Notificación de Practica Privada' por el proveedor.

Firma de Paciente (o representante del paciente)

Fecha

Imprime

Relación a Paciente
(si es aplicable)

Interprete (si es aplicable)

Reconocimiento Sin Firma

- Notificación de Practica Privada Dado – Incapaz de Firmar
- Notificación de Practica Privada Dado – Paciente no Quizo Firmar
- Notificación de Practica Privada Dado Enviado a Paciente – Esperando Firma
- Otra Razón por Cual no Firmo el Paciente



720 Alhambra Blvd.
 Sacramento, CA 95816
 Phone: (916) 492-9007
 MiddleWayHealth.com

Autorización Por Pago Organizados Antemano

Esta forma autoriza Middle Way Health a cobrar su cuenta usando una tarjeta valida de crédito o debito para servicios programadas o recibidos, paquetes pre-pagados, consultas de teléfono, cancelaciones tardes, cambiando citas o falta de atender citas. No hay reembolsos por servicios recibidos. Con su firma esta de acuerdo a no disputar cualquier cobro que justamente se ha realizado por esta oficina.

Con su firma esta de acuerdo con pagar cancelaciones tardes o citas con falta de presentarse, junto a citas que has perdido, serán cobradas a su cuenta entre 48 horas de la cita programada. Middle Way Health sostiene cada numero de cuenta con confianza estricta.

NOMBRE DEL PACIENTE		
DOMICILIO DE DUEÑO DE CUENTA		
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
CORREO ELECTRONICO		

TIPO DE TARJETA DE CREDITO: <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTERCARD <input type="checkbox"/> DISCOVER <input type="checkbox"/> AMERICAN EXPRESS	
NOMBRE DE CUENTA DE CREDITO	
# DE CUENTA	
FECHA DE VENCIMIENTO:	3 DIGITOS ATRAZ LA TARJETA:
NOMBRE POR LA TARJETA SI DIFERENTE DE PACIENTE	

FIRMA DE TITULAR DE TARJETA:	FIRMA:
NOMBRE (IMPRIME):	
FIRMA DE PACIENTE SI DIFERENT POR LA TARJETA:	FECHA:

Con firma arriba, yo autorizo Middle Way Health a cobrar todo los cargos subsecuentes de mi cuenta, meno pagos hechos en efectivo, a las tarjetas de crédito o debito identificados arriba, hasta que todo el balance este pagado en total y un acuerdo este rescindido en escrito. También estoy de acuerdo que la oficina se queda con esta forma permanentemente archivado. Esta oficina podrá compartir información de cuenta y historia de atencencia con la compañía de crédito o otros negocios o asociados con razón a colección de pago.